

# 福祉スキャンダルと施策・実務改善努力

——英国児童ケアを素材に——

津 崎 哲 雄

## 1 序 論

他の諸社会制度と同様に、社会福祉サービスにおいて発生するスキャンダル（不名誉な恥ずべき行為、出来事—コリンズ英語辞典）は、社会福祉サービスの施策・実務を見直し、改善する手掛かりを提供する重要かつ稀有な機会である。スキャンダルへの対処の仕方は、当該サービスにおける施策・制度・実践における専門性の成熟度を反映している。

英国の社会福祉サービス施策・実務が改革・改善されるにあたり、福祉スキャンダルとそれに対する調査委員会およびその報告（における勧告）が果たしている役割は重大である。福祉スキャンダルとともに社会福祉施策・実務は進展していったといっても過言ではあるまい。児童ケア・サービスの領域においては、第二次大戦中のデニス・オニール事件とそれに対する『モンクトン報告』<sup>1)</sup>を先駆として、1973年のマリア・コルウエル事件およびそれに対する『フィールドフィッシャー報告』<sup>2)</sup>を契機に、地方自治体のケアにあった児童の虐待死亡事件が起こる度に、公費を使い国・地方自治体や公的諸機関が調査委員会を設置している。当該児童と同じ原因で再び児童が虐待死させられることのないように、原因が究明され、制度・法律・実務の改善策が勧告される。マリア以降既に約50調査報告が刊行されている。英国のソーシャルワークの発展はこのように、様々な福祉スキャンダルに対する客観的な原因究明作業が公的義務として独立した専門家からなる調査委員会によって行われるという伝統に支えられている。

わが国においては、これまで福祉スキャンダルといえば各種福祉施設における不正経理など金銭絡みのものが殆どであったが、近年においては福祉サービスの中身、処遇そのものに関するスキャンダルが著しく目を引くようになってきている。例えば、児童福祉分野においては、乳児院・養護施設で養育された少年による女子大生暴行殺人事件（により暴露された両施設における処遇実態）<sup>3)</sup>、大規模養護施設における入所児童の暴力による少女の虐待死亡事件<sup>4)</sup>、教護院における職員の体罰による少年死亡事件、および最近起った教護院職員と女兒の性関係暴露事件<sup>5)</sup>、などがある。もちろん、直接関わった職員に対して刑事裁判において責任追及がなされ、何らかの懲戒処分が行われるために事件調査がなされたこともあったが、それは基本的には処分の手続上要請される調査に過ぎない。いずれの事件に関しても、英国において行わ

れるような利害関係者から独立した事件調査は行われなかった。何が原因でどこを改革・改善せねば同じような犠牲者がでるといような問題の調査が、独立した立場にある専門家によってなされることがなければ、事件は単に福祉業界で起こったあるエピソードで終わってしまう。以上のような児童福祉スキャンダルを契機として徹底した事件調査が行われ、当該サービスの施策・実務の在り方がシステムとして再検討され、不備欠陥を見出だす努力が払われ、その結果、どのような形であれ何らかの（養護・教護施策、施設の在り方・規模、最低基準、施設職員・ケースワーク職員の教育研修、ケースワーカーの入所後指導・訪問、非監護的処遇、職員配置方針と士気の問題など）改善勧告が出されるというようなことが一体全体これまでであったであろうか。当該児童を施設に措置し、児童の養護・教護に責任を負っていた地方自治体が事件調査を行っても、客観的な事実・原因究明にはなり得ないし、改革・改善のための勧告が出てくるはずはない。こうした場合最も責任が問われるのは当該地方自治体自体なのであり、結局自分たちで自らの過失・失敗を審理することはできないからである。せいぜい、自己弁護、責任回避に終始し、まともな調査報告書は作成されず、作成されても公には開示されない。この点、わが国では福祉スキャンダルに対処するために当然要請されるシステム・機構が確立していないといわなければならない。社会福祉だけがそうした水準にあるというべきか、他の社会制度諸分野も全てそうした実態であるといえようか。

本稿の目的は、以上のような関心から、英国の児童ケア分野における著名なスキャンダルおよびそれらの事件調査を取り上げ、いかにすれば福祉スキャンダルが施策・実務改善の引き金となり得るか検討することによって、わが国におけるこの種のスキャンダルへの対応のモデルを提供することである。

## 2 英国における児童虐待スキャンダル

英国の児童ケア分野におけるスキャンダルは、主として児童虐待（死亡事件）に関わるものと居住施設ケアにおける不祥事がある。一般に児童虐待死亡事件の方が報道機関からよりセンセーショナルに取り上げられるので、スキャンダルといえば直ぐに児童虐待事件を思い起こすが、その陰に隠れながらも、居住施設における諸種の不祥事も全国報道されないものも含めればかなり発生している。施設における体罰・暴力・性的素乱等の諸問題は、被害児童が死に至ることは希であり、しかも居住施設ケアそのものがソーシャルワークとしては極めて低く位置づけられてきたので、フィールド・ソーシャルワークの主要対象となる家庭における児童虐待の予防という極めて高度な専門職実践に比較して、ニュース・ヴァリュエーとしては高く扱われてこなかったという背景がある。児童虐待死亡事件は、ソーシャルワーカーをはじめ多くの各種専門職が虐待ケースとして担当している児童が実親か里親・養親あるいは義理の親によって虐待され、死亡する場合が多い。そうすると、社会が税金を使って雇用しているソーシャルワ

ーカーを中心とする公務従事者がこうした虐待死亡事件を予防できなかった原因および責任が鋭く追及されることになる。英国における論調からすれば、虐待を行った当事者（実親、里親、養親、義理の親）よりも、職務として責任を負いながらその防止に失敗した専門職従事者の方がはるかに厳しく非難され、その非難の矛先はほとんどの場合ソーシャルワーカーに集中する。そのことは、この種の社会問題に対応する専門職の中核はソーシャルワークであることを反映しているともいえる。こうした非難が報道機関によって倍加させられずとも、専門職としてのソーシャルワークの内部から、あるいは中央・地方行政、関係専門機関（保健医療当局・警察など）から、積極的に事件調査を行い、事件発生の直接・間接的原因、虐待予防施策・実務の在り方の問題、関与した各種機関の責任の度合などを厳密に究明する作業が強く要請されることも、英国の伝統・習慣として定着している。本章では、以下に児童虐待に関する公式事件調査報告のうち、幾つかの主要報告書を検討し、事件調査報告の概要の理解につとめる。

#### （１） デニス・オニール事件とモンクトン報告

デニスおよびテレンス・オニールは、1940年にニューポート少年裁判所によって、1933年児童青少年法第76・69条に基づく適格者（fit person）としてのニューポート・カウンティ・バラ議会のケアに措置された。デニスは1944年6月シュロップシャーのパンク・ファームに里親委託された。ゴフ夫妻が里親となり、テレンスも後に同所へ委託された。1945年1月にデニスは同所で死亡し、テレンスは安全な場所へ移された。デニスの検死が行われ、検死官は、デニスの死は放置に因る栄養失調状態にある一方、前胸部と背中に加えられた暴力による急性心不全に因るものであると断定し、地方自治体による指導監督が著しく欠如していたと指摘した。夫妻は殺人罪で起訴され、1945年3月スタフォードでの巡回裁判において、夫には殺人罪で懲役6年の刑、夫人には放置罪で懲役6か月が言い渡された。事件は国会で取り上げられ、モンクトン卿が事件調査を行い報告<sup>6)</sup>した。それによると、ニューポート側は、里親の選択・里親家庭の指導監督において失敗した。シュロップシャー側は、里親委託の指導監督責任を公的扶助部が代行しており、両地方自治体間の連絡の円滑さに災いした。里親家庭の指導監督は、ニューポート側は教育部の担当で1933年児童青少年法の里親委託規則により、シュロップシャー側は1930年救貧法の公的扶助里親委託規則により実施していた。両規則は、訪問回数や健康診断等に関して著しく異なっており、混乱の原因となった。結論は、里親委託に関する法律上、行政上の改善が行われることが緊急に要請される（45—55節）というものであった。このデニス・オニール事件およびモンクトン報告の勧告は、当時開始されようとしていた「児童ケアに関する公式調査委員会」（通称カーティス委員会）の活動に拍車を掛けることになると共に、同委員会報告書<sup>7)</sup>の主要勧告（中央・地方レベルにおける児童ケア行政の統一）に多大な影響を与え、引いては1948年児童法成立の一翼を担ったのである。

(2) マリア・コルウエル事件とフィールドフィッシャー報告

1973年1月マリア・コルウエルという7歳の少女が義父によって虐待死させられた。マリアは実母が放置するという理由で裁判所命令によりイースト・サセックス県のケア措置を受け、亡父の近親者である夫婦に里親委託されていた。実母が再婚し、引取りを要求したので、同県社会福祉部のソーシャルワーカーたちが家庭復帰できると判断したことに基づいて裁判所がケア命令を解除し、新たな（在宅）指導監督命令の下でマリアは家庭復帰した。その結果義父に虐待を受け死亡したのである。

この事件の調査結果は『マリア・コルウエルに関連して提供されたケアと指導監督に関する調査委員会報告』（1991年8月津崎・田辺訳）<sup>8)</sup>として翌年刊行され、この領域の古典となっている。問題の焦点は、マリアのケースに関わった社会機関（複数の地方自治体社会福祉部、教育部、住宅部、学校、警察、全国児童虐待防止協会など）の間の意思疎通システムの在り方に不備・欠陥が在ったこと、放置という理由で裁判所命令により里親委託され、一端引き取られたマリアを再度同じ里親に委託したことが正しかったのかどうかという点（スティヴンソン報告）、そのマリアを再婚した実母のもとに帰すという決定が的確であったかどうかという点をめぐって、ソーシャルワーカーの専門職としての在り方が深刻に問われたことであった。勧告に基づいて、マリアのような立場の子供が二度と同じ目に会わないように、児童虐待防止制度・実務および里親の法的権限をめぐって、制度改革・立法措置がなされた。児童虐待に関しては、①地域児童虐待検討委員会（area review committee）—現在では地域児童虐待防止委員会（child protection committee）と呼ばれている—の設置、②児童虐待ケース会議の制度化、③児童虐待登録制度の実施などがあげられる（その後の発展に伴い、キイ・ワーカー指名制度の導入、児童虐待防止マニュアル作成などが工夫されて現在に至っている）。『報告』の主勧告は、児童虐待防止に関わる諸機関の意思疎通の改善であった。各機関の実務者たちが集まって個々のケースを総合的に検討し、処遇方針やキイ・ワーカーを決定する児童虐待ケース会議の制度化に加えて、当該地域の児童虐待施策・実務の在り方を検討、改善する地域児童虐待防止委員会の役割は、非常に重大である。例えば、コヴェントリ市の地域児童虐待防止委員会は、社会福祉部長、教育部長、住宅部長、小児科・精神科・整形外科の各専門医、訪問看護部長、看護サービス部長、地域保健医療局長、地区保健医療局長、一般医(GP)、保護観察官、全国児童虐待防止協会専門職員、警察官、地方自治体弁護士、治安判事、社会福祉部・教育部・住宅部のソーシャルワーカーたち、で構成されている<sup>9)</sup>。それぞれの立場から、児童虐待を防止する最適の専門的実務の在り方を追求し、最も優れた意思疎通システムを確立するための一種の協議・諮問・検討・決定機関であり、その他の諸改善策と併せて、貴重なマリア・コルウエルの遺産である。1975年児童法における影響は、里親と養親の間に位置する監護（養護）権（custodianship）を持つ監護権者（custodian）の制度化およびケア（訴訟）手続における「訴訟のための後見人」(guardian ad litem)の選任に見られる。前者は里親としてク

ーパー夫妻が耐え忍ばねばならなかった苦境への改善策であり、後者は当該児童の利益を代弁する独立したソーシャルワーカー・弁護士を裁判所が選任して、児童の意見・感情・希望を明確化する手段であり、児童の最善の利益を優先させるには不可欠な手続きである（もっとも、この部分は9年間も実施が見送られてきたが）。

### （３） クリーブランド事件とバトラスロス報告

クリーブランド事件というのは、1987年英国北東部クリーブランド県において、異常に多くの児童（3か月間程に百名以上）が親から性的虐待を受けていると2人の小児科医師から診断され、同県社会福祉部の申請により裁判所命令（place of safety order）が出され、児童が親から引き離されて地方自治体のケアに措置されたので、親が下院議員などを動かし、報道機関に訴え、そうした社会福祉部のやり方に抗議したので、親による子どもの性的虐待というこれまでの身体虐待とは違ったセンセーショナルなスキャンダルとして物議をかもしることになった事件である。

1987年7月に調査委員会が設置され、控訴院裁判官（Lord Justice）であるバトラスロス夫人が委員長として調査を行い、1年後に『1987年クリーブランド県における児童虐待に関する調査報告』<sup>10)</sup>を刊行した。同報告は、児童に対する性的虐待は決して神話ではなく、クリーブランド県の多くのケースにおいて実際に起こっていることを認めている。性的虐待という新たな問題に対しては、マリア・コルウェル事件以降蓄積されてきた児童虐待防止制度が役に立たなくなってしまったのである。それはソーシャルワーカーたちが憶病あるいは曖昧でありすぎた結果、性的虐待の徴候を見逃し、防止のための介入をしなかったからではなく、彼らが小児科医師の診断に信頼しすぎて、強制的に児童を親から引き離す手段に余りにも容易に頼り過ぎたからであった。ソーシャルワーカーたちが批判されたのは、「余りにも親への配慮を欠いており、家族から切り離した児童のニーズに焦点を当て過ぎた」<sup>11)</sup>からである。こうして、ソーシャルワーカーたちは的確なアセスメントを構成する重大な1要素—家族診断—を欠落させたままことを行ったので、親たちを不安に陥れ、何が進行しているか知らせぬまま孤立させることになったのである。逆に、当該児童たちに対しては、専門職権の濫用に通じるような過度の関心・配慮を集中させたのである。「当該児童は一人の人間であり、単に関心をむける一対象物ではない」（The child is a person and not an object of concern）と、バトラスロスは強調している<sup>12)</sup>。

法律に基づく介入は、それが法的に正当化されるかどうかは別として、同情、配慮、共感に満ちた道徳的かつ人間味ある枠組のなかで実施される必要がある。ソーシャルワーカーや医師が、性的虐待の被害者であると訴えられた児童およびその親を扱う場合には、両者の法的諸権利と同様、彼らの感情、忠誠心、価値観に十分敬意を払う責任がある、とバトラスロス報告は主張している。これは、形式的な法律尊重主義とは正反対の考え方である。家族支援と児童

虐待防止は必ずしも利害が対立するものではなく、両者とも同じ態度、アプローチ、技能を必要としていることを、同報告は示している。虐待の嫌疑をかけられている親でも自分の子どもに対する責任感を保持しており、その責任感は強められるべきであり、決して打ち砕かれるべきではない。法的権限を行使する場合でさえも、ソーシャルワーカーは両者(特に犠牲者自身)との間で敬意をもって意思疎通を行い、意見を聴くよう努力し、合意に達するよう要請されているのである。

このようにクリーブランド事件とバトラスロス報告は、これまでの様々な児童虐待事件とは違った観点から(児童保護という公法的措置への集中から、親子関係・家族支援への対応という私法的配慮へと)児童虐待行政・実務の在り方の改善を提起することになり、進行中の新しい児童法案に関する論議を加速させ、法の成立を早めることにつながったのである。とはいうものの、全国にわたるセンセーショナルな報道は、ソーシャルワーカーの強制的措置のみが強く非難され、実際にそれが妥当したケースに対する評価ばかり消されるような状況を生み出した。その結果、ある専門家が論評しているように、「クリーブランド事件以降、ソーシャルワーカー(や小児科医師)が過度に慎重になり、児童を強制的に保護するのをためらうようになり、その結果実際に虐待されている児童がなお一層危機状態に陥るようになるのではないかという危惧が存在するようになっている」<sup>13)</sup>ともいわれている。

次章で言及する『スキナ報告』が主張しているように、児童虐待(防止)に関する専門知識は、現在においても依然として初歩段階を脱しきれていない。児童虐待の実務において、適切な時機に確かな行動を起こす決定を行うことは生易しいことではない。「地方自治体社会福祉部は、児童を強制的に親から引き離せば、余りにも性急に行動を起こしたと非難されるし、児童が虐待されて死亡すれば、余りにも介入が遅かったといって非難されるのである。」<sup>14)</sup>このような非常に複雑かつ困難な決定を日常業務として行わなければならない児童虐待防止に関与するソーシャルワーカーをはじめ各種専門職従事者は、「ソロモンの知恵とヨブの忍耐とシャーロック・ホームズの推理力を持つよう期待されているのである。」<sup>15)</sup>

### 3 スキナ事件とブリジ児童ケア・コンサルタンシ・サービス報告

最も新しい児童虐待調査報告は、本年(1991年)に刊行された『スキナ：彼女の死に至る諸状況に関する評価報告』<sup>16)</sup>である。5歳のスキナ・ハモンドは、実父から酷い身体的虐待を長い間受け続けて1988年12月6日に死亡した。彼女が死亡した当日の状況は次のようであった。その日、実父はスキナと妹に各々自分の名前を書くように命じたが、二人はそんなことをしなかったのか、あるいは出来なかったのか、いずれにしろ、書かなかった。再度実父が命じたが、それでも二人は書かなかった。そこで実父はスキナの手を定規で何回も叩き、書くように命じた。それでもスキナは書かなかったが、妹は名(姓ではなく)を辛うじて書いた。スキ

ナは実父が命じるように名前を綴らなかった。何回要求しても自分が望む反応が得られなかったので、その都度スキナに対する暴力行為はエスカレートしていった。最初は定規で、次に短い硬いプラスチックのパイプで、最後に電気薬罐のコードの差し込み（プラグとは反対側に付いている）で叩かれた。どれ位の時間こうした虐待が続いたか判らないが、少なくとも50回以上は叩かれた。その合間に名前を書くように何度も命じられた。ある時点で、スキナは自力で立てない程弱り、叩くのを止めるよう実父に懇願しながら、這って部屋から抜け出そうとした。実母は実父のスキナに対する虐待行為を止めようとして、自ら暴行を受け、顔に病院での治療を要する程の傷を負った。しかしながら、実父のスキナへの虐待は彼女が意識を失うまで止まなかった。その時点で、両親はスキナをバス・ルームに連れていき、スキナを再生させようと湯に入れた。スキナは一瞬身体を持ち上げようとしたが、出来なかった。救急車が呼ばれたが、病院に到着した時スキナは既に死んでいた。スキナが死亡するまで数年間にわたり、スキナ、妹、実母は常に身体的虐待・暴行を受け続けていたという<sup>17)</sup>。

#### （1）ブリジ児童ケア・コンサルタンシ・サービスによる事件調査

事件発生後1年経過した1989年12月、保健省がブリジ児童ケア・コンサルタンシ・サービス（以後ブリジ CCCS と略す）に接触してきて事件調査の委嘱について協議した。その後、保健省およびスキナ・ケースに直接関与したエイヴォン県社会福祉部、プリストル・ウエストン保健医療局、エイヴォン家族保健医療局（家族医委員会の後身）の四者が、事件調査をブリジ CCCS に委嘱することに決まった。委嘱された事件調査の目的は、スキナの死に至るまでの諸状況の評価（evaluation）を行うことであった。加えて、スキナが死亡するまで彼女の家族に提供された諸サービスについて検討することも求められた。特に、以下の問について検討するように要請された。

- ①スキナの死を防ぐことはできなかったか？
- ②いかなる諸サービスがスキナに提供されたか？
- ③ケースに関与した諸機関の活動を司る関係諸施策・手順が遵守されたか？
- ④ケースに関与した各機関の内部においていかなる意志決定プロセスにしたがって業務が遂行されたか？
- ⑤ケースに関与した諸機関の間の意思疎通の経路はいかなるものであったか、いかなるプロセスにしたがって全ての専門職従事者の意見を反映した諸決定が行われるよう確保したか？
- ⑥ケースに関与した実務従事者は各自いかなるスーパーヴィジョンを受けたか？
- ⑦児童虐待防止、家族に対する働き掛け、児童に対する働き掛け、それに児童・家族を対象とするいかなる業務においても人種・民族（問題）に向けられるべき特別な配慮に関して、ケースに関与した実務従事者が受講できる教育研修・職員開発プログラムはいか

なるものであったか？

- ⑧各機関が提供できる諸サービスに影響を与えたであろうところのいかなる諸環境（circumstances）が当時支配的であったか？ とりわけ、職員配置の水準、業務量、管理運営・組織構造、ならびにこのような心労の多いケースに関与する実務従事者を支援・保護するために存在するシステム、に関して。

- ⑨関与した諸機関の実務方式を改善するためには、いかなる結論が導き出せるか？<sup>18)</sup>

1990年6月、ブリジ CCCS と4機関の間で、調査委嘱合意文書に調印が行われた。7月から実際に調査が開始され、翌年の早い時期までに完了するよう期待された。

ブリジ CCCS は、4機関およびエイヴォン県教育部とエイヴォン・サマーセット警察の代表者から調査開始時に支援を受け、ケースに関与した重要人物（key people）の確定、彼らとの接触・連絡が可能になり、各機関固有の施策・手順・実務方式およびケース処遇の地理的要因について理解することができた。そして、ケースに関与した諸個人が調査に積極的に貢献できるよう配慮した上で、以下のような調査手順が決定された。

- ①ケース処遇に中核的役割を演じた各機関の重要人物に集まってもらい会合を開いた。この会合の目的は、第一に調査手順を説明し、第二に個々人が自らの状況との関係で抱く疑問や関心に答えることであった。
- ②関与した全機関のケース記録がブリジ CCCS のスタッフによって読まれ、その後の検討の基盤となるような顕著な諸事実が抜き出された。
- ③ケースに関与した重要人物との面接が行われた。こうした面接は非公開で40回行われた。支援のために誰か他の者を同席させたい者にはそれが受け入れられた。各人はブリジ CCCS のコンサルタントの一人から面接を受け、それが終わるとそこでの話し合いの内容をまとめたものがブリジ CCCS のスタッフの一人により草稿として作成された。この草稿は内容の適否をチェックするために面接を受けた個人に送られ、もし内容に合意すればサインをしてもらい、ブリジ CCCS に返送してもらった。こうした面接内容の記録文書は、純粋にこの事件調査のためだけに用いられた。このやり方が適用できなかったのは、面接に法律顧問を同席させ、個人的に書面を提出した1個人だけであった。
- ④各面接の目的は、その個人が関与したケース処遇部分における様々な出来事の順序（chronology）、直接に関係ある管理運営・実務問題、そうしたことから引き出せる結論の可能性について、検討することであった。加えて、面接を受けたワーカー自身がケース処遇に際して個人的、専門職的にどのような見方をしていたのか明確化（あるいは回想）された。また、諸種の疑問を晴らすために若干電話による接触も行われた。
- ⑤何回かスキナの父母に会う機会がもたれた。
- ⑥ケース記録や面接から順序だててまとめられた情報で、特定の専門職（例えば、保健医療）が関与している場合には、ブリジ CCCS の当該分野のアドヴィザーに送られた。



こうした手順によって、本報告書に含まれる種々の結論は多専門職協同チームとして活動するブリジ CCCS の作業の成果であるということが確保された。

- ⑦ブリジ CCCS のスタッフは、スキナ・ケースに関与した地域の保健センター、社会福祉部事務所、病院、保育所、幼稚園と同様、スキナが暮らしていた地元地区を訪問した。
- ⑧いかなる手段により調査報告を公刊すべきか決定するために、調査を委嘱した4機関の上級管理運営職員との会合がもたれた。
- ⑨ブリジ CCCS のスタッフとアドバイザーが調査報告書の草稿を作成し、その草稿が面接を受けた個人に送られた。そうした個人を集めて、草稿にある事実経過が正確であるか意見聴取を行う会合がもたれた。こうしたアプローチは、報告書に記載された事実の誤りが無いことを確認するとともに、ケース処遇の中核にいた人々が、ブリジ CCCS が導き出した諸種の結論について論評する機会を提供することを目的としていた。
- ⑩また、報告書の内容が最終的に決定する前に、調査を委嘱した4機関の内部の「知る必要がある」(‘need to know’) 特定の集団あるいは諸個人に対して、調査結果の概要を口頭で伝える機会ももたれた。
- ⑪そしてブリジ CCCS が最終的に報告書の内容を仕上げて、公刊した<sup>19)</sup>。

## (2) ブリジ CCCS による事件調査報告の特徴

本事件調査報告は幾つかの点において従来の児童虐待死亡事件調査報告とは異っている。

第一は、事件調査を担当する独立した委員会をアドホックに設置する代わりに、公益法人 (registered charity) であるブリジ児童ケア・コンサルタンシ・サービスという民間児童ケア調査機関に調査を全面的に委嘱したことである。これまでの事件調査委員会の多くは、関連専門職を代表する委員をも含めて概ね法律専門家 (勅撰弁護士など) が委員長を勤めるというやり方であった。こうした委員会方式は、裁判所審理に似通っていることが多く、特定の諸個人に責任を帰するための事件調査として受け取られる可能性が大きかった。しかし、本事件調査は、ケースに関与した諸機関からは独立した児童ケア専門の民間調査機関に委嘱したことにより、児童虐待防止業務に関わる専門職従事者がスキナの死に至る諸環境を理解し、そこから学ぶことができるようにすることを目的にしていたのである。

第二に、本報告の主要勧告の一つとして、確実に児童の声に耳を傾けられるよう児童との意思疎通に創造的な手段を活用する必要性が強調されていることである<sup>20)</sup>。従来の事件調査報告においても児童との意思疎通の在り方の問題はじばしば取り上げられてきたが、スキナ・ケースの場合、そのことがいかに失敗したか如実に実証されている。スキナはあるソーシャルワーカーに「あなたが私の面倒を見てほしい」と語ったり、「お父さんは怒りっぽく……私を叩くので」家に帰りたくない、自分は父親を怖がっていると、通っている幼稚園 (職員) に幾度も

語っている。さらに、腕を骨折した際、病院である看護婦に「私が悪戯をしたのでお父さんが私を突き倒した」と語っている。死亡する3週間前にも、スキナは電話でソーシャルワーカーに「今週はおとなしくしていたのでお父さんは私に乱暴なことをしなかった」と告げている。このようなスキナのメッセージの意味をソーシャルワーカーも看護婦も幼稚園職員も深刻に受け取ることができなかったのである。こうした児童の意思、感情、気持ち、希望を最大限忠実に聴きだして、諸決定に際し十分に配慮することは、本年10月より実施される新児童法（Children Act 1989）の中核的理念である。本調査報告は、自分が生活している状況を児童自身がどのように感じているかということを考慮することの決定的重要性をこれまでになく明らかにしている<sup>21)</sup>。

第三に、児童が虐待の危機にある目安として考慮すべきこととして、他の家族員に対する「家族内暴力」の存在に、本報告は注目していることである。スキナ・ケースの場合は、妹のみならず、実母に対する実父の執拗かつ残酷な暴力行為がそれである。したがって、児童虐待防止業務に携わる実務従事者は、当該児童の家族員が他の家族員に深刻な身体的、心理的危害を加える可能性がどの程度あるか常に認識しておく必要のあることが強調されている。虐待の危機の程度を評価する際には、当該児童と一緒に生活している大人たちの間の諸関係がいかなるものであるか考慮することが重大であるということも、本調査報告の強調点の一つである。

第四に、本調査報告においては、調査の結果判明した諸事実の経過を時系列的に一覧表（case history chart）に纏めるという手順が初めて採用されたことである。本報告の大部分を占めるのは、このケース・ヒストリー・チャート部分である（110ページ中56ページ）。それゆえ、従来のような連綿とした事実経過の記述よりはるかに事実関係が理解し易くなっているし、この種のチャートは児童虐待防止のためのケース会議においても活用されるべきであると勧告されている。第1図は、スキナのケース・ヒストリー・チャートの最初の部分と無作為にある一時期を抜き出したものである。

第1図 スキナのケース・ヒストリー・チャートの一部分

年月日	時間	変化・移動・分離等	その他の重要な出来事	児童の発達（疾病・傷害を含む）	児童が語った事とその影響	虐待登録調査	情報源
83 9/19		病院1にてスキナ誕生自力による正常分娩		体重 3040g 身長 51cm 頭囲 32.5cm			保健訪問員1の記録
	9/22	母子退院父の許へ		体重 3090g			同上
	10/ 4			訪問中父が哺乳瓶で授乳			同上
	10/ 5		母は83年8月より6か月間	「母はスキナを自信をもつ			保護観察官一父の異母兄弟

10/ 6		保護観察中	て扱っている」		のケース記録 社会福祉部
10/11			「スキナは乳 母車の中で温 かそうな服 装」 体重7ポンド 15オンス右目 が僅かに腫れ ているが膿は 出ていない		保健訪問員 1 の記録  同 上
87 3/10	スキナはフル タイムで幼稚 園就学			「うまくみん などやっている」	保健訪問員 1 の記録
3/12			体重 13.8kg 身長 94cm		学校看護婦の 記録
3/12 か13	幼稚園欠席一 風邪		父は耳鳴りを 心配している。 聴力障害の 報告はこれ までになし		保健訪問員 1 の記録
3/12		母が先週B町 の女性緊急保 護施設を出た 一A町の自宅 に戻るために (B町の社会 福祉部の情 報) ホームヘルパ ー2, 父から 家に入るのを 拒否された ソーシャルワ ーカー1とチ ームマネー ジャー3がケ ース再検討を 行いスキナの ケースを新た なソーシャル ワーカーに移 管すると決定			スキナ／家族 のケース記録 社会福祉部
3/16			スキナ中耳炎 アモキシシ ル処方		ホームヘルプ 記録—社会福 祉部  スキナ／家族 のケース記録 社会福祉部  一般医 1 の記 録

3/19		地域虐待再検討委員会が傷害の概要を受理 ケースがソーシャルワーク・マネージャー1のチームに移管された			再検討委員会によるケース再検討	スキナ／家族のケース記録 社会福祉部
3/23 か24		妹の体重 22ポンド11オンス				保育所2の記録
3/25		ソーシャルワーク・マネージャー1と2が妹をフルタイムで保育所に入所させることを検討				スキナ／家族のケース記録 社会福祉部
3/27	ソーシャルワーカー2がスキナの家族を担当					同 上
3/30 か31		妹の体重23ポンド7オンス 問題なし				保育所2の記録
3/31	スキナ幼稚園 欠席					幼稚園の記録
4/ 2			咳, 頭痛, 熱でスキナは幼稚園から家に送り帰された	「スキナは家に帰りたくなかった, 父が怒るのが怖いので」		保健訪問員1の記録

出典: The Bridge Child Care Consultancy Service (1991) *Sukina-An evaluation report of the circumstances leading to her death.* p.13, 34

#### 4 居住施設児童ケアにおけるスキャンダル

児童を対象とする居住施設における劣悪なケア処遇水準が、ある種のスキャンダルとして英国民の関心の的になったのは、第二次世界大戦末期のことである。児童居住施設ケアの劣悪さに抗議すべく、1944年7月、一夫人が新聞紙上において児童ケアの現状がいかに悲惨であるか訴え、公式調査が政府の手によって実施されるよう強く要請したことを端緒としている。これが戦後英国児童ケア再編成の引き金となったハートウッド卿アレン夫人の『タイムズ』紙への投書（7月15日付）である。彼女の投書が掲載されてから、タイムズ社及びアレン夫人の許へ、

児童施設での生活を経験した人々、施設の内外で働いていた人々、何らかの理由で子供を施設に預けた親たち及びその他の関係者から、児童施設の実態や問題点に関する多数の証言、批判が寄せられた。『タイムズ』は、それらを繰り返し投書欄に掲載したが、アレン夫人はそれらの証言をまとめ、自分の投書での訴えを補強する形で小冊子としてまもなく公刊した。この小冊子では、前世紀にディケンズが行ったように、施設で生活する児童の生活の悲惨さが、当事者であるかつての入所児童、職員、親たちからの証言によって暴露されている。戦後に備えて基本的な社会的諸サービスの再建計画が立てられているが、居住施設（や里親家庭）で生活する家庭生活を失った児童の状況に関しては何の考慮も払われておらず、彼らは多くの場合慰め、安心、個別的愛情を知らずに、悲惨な生活を強いられていることをアレン夫人は、実証した。これを契機に全国民の関心が非常に高まり、国会や報道機関で取り上げられ、下院においてこの件に関する緊急動議が満場一致で可決され、1944年12月、公式調査委員会（イングランド・ウェールズ、別にスコットランドにも）を設置することが決定された。こうしてカーティス委員会とクライド委員会が発足した。これらの調査委員会による調査報告の諸勧告に基づき、1948年児童法が制定され、中央・地方における児童ケア行政、児童ケア施策・実務、児童ケア教育研修が著しく改革・改善されたことは、周知の通りである<sup>22)</sup>。

それ以降、1948年児童法における里親ケア優先施策が災いして、1969年児童青少年法において認可学校が児童ホーム体系に吸収され非行処遇の統合（コミュニティ・ホーム制度という名の下に）が行なわれたことを除くと、居住施設児童ケアにおける顕著な改革・改善は1980年代初頭まで何も起こらなかった。1982年には、児童ホーム法（Children's Home Act 1982）が制定された。これは、英国児童ケア史上全く公的規制を受けてこなかった私的（あるいは個人立）児童ホーム（private children's home）において、1970年代末期から種々のスキャンダルが発覚し始めたことへの対応であった。しかしながら、本法の実施は現在も凍結されたままである<sup>23)</sup>。このように児童ケア施策・実務上も消極的評価しか受けてこなかった居住施設ケアが、サッチャーリズムの財政削減の影響を被って、まさに臨界的危機状況に陥った1980年代末に、「居住施設ケア危機」を巻き起こした深刻なスキャンダルがスタフォードシャー県の幾つかの児童ホームにおいて発覚したのである。

#### （1）スタフォードシャー県児童ホームにおけるピンダウン事件

1991年5月末『ピンダウン経験と児童保護—1991年スタフォードシャー児童ケア調査委員会報告』〔通称リーヴィ（／カーハン）報告〕<sup>24)</sup>が公刊された。これはカーティス報告以降最大の居住施設調査報告である。スタフォードシャー県の4つの児童ホームで1983年から1989年にかけて132名の児童がピンダウン（pindown 他の児童から孤立させて何も設備のない一部屋に寝巻や下着のみ着用させて拘束するという「問題児」への対応処遇）を強いられた。1983年11月からスタフォードシャー県のある児童ホームにおいて開始されたこのピンダウン処遇は、

1989年9月一人の弁護士の手訴により、その問題性が発覚した。1989年10月に高等裁判所判事がピンダウン処遇の実施を禁止する命令を出した。1990年4月に二人の地方議員がピンダウンに関する公式調査を要請し、6月に勅撰弁護士アラン・リーヴィとバーバラ・カーハン（全国児童研究所理事長、児童ケア専門家）による独立した調査委員会が調査を開始した。1991年5月24日、ピンダウン処遇に関与した Stafordシャーの上級職員10名が自宅待機処分を受けた。1991年5月30日『リーヴィ／カーハン報告』が公開され、ピンダウン処遇の非倫理性を厳しく批判した。報告を受け、保健省は居住施設児童ケアの全国公式調査を命令した。ピンダウンの首謀者が施設児童を自分の収益事業に使ったり、小児性愛で有罪になった者の当該施設への関与問題など、ピンダウン・スキャンダルは戦後最大の児童ケア危機といわれており、スタフォードシャー県以外の幾つかの児童居住施設でもそれと似通った処遇が行われていることが発覚してきている。

ピンダウン処遇は、児童ホームにおいて問題行動を起こす児童を身体的・心理的・情緒的に人間を貶めるような扱いを通じて、職員のいいなりになるよう条件づけるものである。ピンダウン処遇を最初に問題として取り上げた弁護士は、ピンダウン処遇を受けた少女からその実態を訴えられ、明白な人権侵害としてスタフォードシャー県社会福祉部次長に抗議したのである。その少女は、ある児童ホームにいる間、寝台・机・椅子しかない部屋に入れられ、一日中パジャマ姿にさせられ、便所に行くときだけしか部屋から出してもらえず、学校にも行かせてもらえず、読む本も与えられず、夜7時に就寝させられ、他の児童と意思疎通をすることを禁止されるような生活を何日間も強制されたのであった。彼女はそのような取り扱われ方を「ピンダウン」と表現した。このように、児童を「孤立化によって拘束」(solitary confinement)したり、行動を規制したり、人間性を貶める (humiliating and degrading) ような取り扱いと表現され得る「ピンダウン」処遇は、この処遇法を考案したある上級ソーシャルワーカーが使った言葉に由来している。彼は児童の問題行動への対処に際し、「我々はこの問題をピンダウンしなければならない」と人さし指を床の方に向ける仕草をしたという<sup>25)</sup>。それで、児童は「ピンダウンされる」という言い方を使い始めたのである（ちなみに、コリンズ英語辞典では、pin downという言葉の意味として、①（誰かに）強いて、決心させたり、約束を守らせたりすること、②明確に定義（規定）すること、③ある場所に拘束すること、が掲げられている）。

ピンダウン処遇が行われてきた児童ホームの業務日誌には、「スーザン（ピンダウン対象児童）に対する処遇計画の基本―彼女には非常に意地悪い態度で対処すべし」、「サイモン（同）に対しては、全くの拒否的アプローチを採用すべし……厳しい顔で接し、家に帰った方が楽だと彼に思わせるよう叱りつけること……いかなる状況でも他児と意思疎通させてはならず……人が嫌がるような仕事をさせること……もし何かの仕事を楽しんでいるようであれば、それをやめさせて他のことをさせること」というような児童処遇の方針が、はっきりと記載されてい

た。さらに、強制的に着替えや入浴をさせたり、日中も寝巻や下着のままでおらせたり、個人の所有物を剝奪したり、自由行動を制限し、孤立させ、皆の前で長々と説教されたり、罵られたり、鞭をもった職員に下着のままで兎跳びをさせられる。このようなことも、ピンダウン処遇の他の側面であり、ケア処遇の名の下にスタフォードシャー県の少なくとも4つの児童ホームにおいて正式なケア処遇として6年間も続けられてきたのであった<sup>26)</sup>。

問題は、この処遇が非倫理的であるということだけにとどまらない。多くの者がその存在を知っていたにもかかわらず、それを問題視しなかったのである。親たち、友人、施設職員、訪問者、管理運営職員およびその他の職員は、その存在に対して何らかの行動を起こすべき問題と考えてはいなかったのである。業務日誌にもピンダウン処遇を隠蔽するような気配はなかった。親たちもピンダウン処遇を全面的に承認したという記録さえ残されていたのである<sup>27)</sup>。こうした背景から、1990年6月29日にスタフォードシャー県の委嘱によりリーヴィ弁護士とカーハン女史からなる独立した調査委員会が任命されたのである。

## (2) ピンダウンに関するリーヴィ／カーハン報告

リーヴィ／カーハン調査委員会に委嘱された調査事項は、第一にピンダウンに直接関連するもの、第二にピンダウンを考案した上級ソーシャルワーカーがケアを受けている児童・少年を自分が経営する福祉事業に利用していた問題、第三に施設児童が小児性愛癖のある地域住人と関わっていなかったかどうかという問題、を検討することであった。ここでは第一の事項のみを取り上げる。ピンダウン処遇に関しては、次のようなことを検討するよう調査委員会には要請された。

- (a) ピンダウンとはどんな処遇か、どの職員が関与したか、どんな関与の仕方であったか、それが行なわれた期間にそれはどのように変化していったか。
- (b) ピンダウンが行われた場所と期間。
- (c) ピンダウン処遇が確立される前にどのような精神医学的・心理的・教育的指導助言をどの程度受けたか。
- (d) どのような文書による手順が適用されていたか。
- (e) どのような児童がピンダウン処遇を受けたか一年齢、性別、処遇期間。
- (f) 児童に対するピンダウン処遇の影響のアセスメントはどの程度可能か、その影響とはどのようなものか。
- (g) ピンダウン処遇に対する管理運営職員や専門職従事者の監督はどうであったか<sup>28)</sup>。

リーヴィ／カーハン委員会による聴問会は、1990年7月23日から11月29日までの75日間行われた。主としてスタフォードとストック・オン・トレントで行われたが、他の30か所でも開催された。153人が口頭で証言し、400冊以上の業務日誌を含む約15万ページの記録文書が、調査委員会によって検討された。委員会は、6か所の児童居住施設に対して訪問調査を行った。そ

して、約半年後の1991年5月末に調査報告書を公刊した。その中で、ピンダウン処遇は「本質的に非倫理的であり、専門職実践にもとるものであり、受け入れられないものであり」、1972年コミュニティ・ホーム規則第12項に違反し、「制限的、懲罰的かつ酷く抑制的であり」、居住施設ケア特有の規制手段の最悪のものを幾つも含んでおり、処遇対象児童を貶めかつ極度の欲求不満と退屈に陥らせるものである、と結論づけている。また、おそらくこの処遇は当初行動心理学の生摺りな理解から生じたのであり、何の理論的枠組も安全対策も存在していないとも結論づけている<sup>29)</sup>。

そして、ピンダウン処遇がスタフォードシャー県で生み出された背景として、1983年から1989年までに主として財政削減を目的とした大規模な社会福祉サービス再編成が3回も行われたこと、管理運営が不十分で優れたサービスを生み出そうとする展望・指導性・献身に欠けていること、上級職員のほとんどが個々別々に諸決定を行っており、職員やサービス利用者と余り関わりを持たなかったこと、無資格ソーシャルワーカーが任用され、児童虐待や養子縁組のような高度技能を要するケースを抱えて過重に業務担当させられていたこと、などを指摘している。以上の調査結果に基づいて、委員会は次のような勧告をもって報告書を締め括っている（ピンダウン処遇に直接関係する部分のみ掲げる）。

- ・法律に基づく査察監査のための訪問は予め知らせずに行なうべきである。
- ・施策や処遇を変更する場合は予め十分に職員と協議すべきである。
- ・職員・里親・児童が不服を申し立てる制度が緊急に実施されるべきであり、それは利害関係者から独立したものでなければならない。
- ・スーパーヴィジョン制度が緊急に確立されるべきである。
- ・教育研修戦略および職員配置施策の見直しが行われるべきである。

調査を担当したカーハンは、このピンダウン・スキャンダルから学ぶべき最大の教訓は、「我々はまず第一に児童のニーズに着目する必要がある、それから彼らのニーズを充足するには何を提供しなければならないか考えるべきである。これまで余りにも長い間、個々の児童のニーズに見合うサービスというよりもむしろ、経済的に実行可能なサービス、それに専門職従事者の勤務時間内に組み込めるサービスが優先されてきた。」<sup>30)</sup>「まず第一に児童のニーズを確認し、そのニーズを充足するために諸サービスを開発・適用すべきである。決してその逆であってはならない」<sup>31)</sup>ということである、と指摘している。

## 5 結 語

以上、児童虐待と居住施設ケアにおけるスキャンダルに英国がどう取り組んでいるか検討してきたが、調査委員会を設置してスキャンダルの原因を徹底的に追及する姿勢は社会福祉サービスを改革・改善するエートスに支えられているということの一端が読み取れたのではなから



うか。制度がニーズに適應しない場合には、何らかの形で必ず実務遂行にその歪みが現れる。それはごく当たり前のことであり、既存のサービスの在り方を改革・改善すべき時が到来している一つの徴候である。こうしたシグナルを積極的に受け入れ、そこから次の発展への展望を読み取らねば、専門職としての発展もありえないであろう。したがって、次のようなプロセスが社会福祉サービスには存在すべきことを、専門職実践従事者は絶えず視野に置いておくべきであろう。既存の制度・サービスの臨界情況→スキャンダル→事件調査→改善勧告→法規・実務改革・改善→新たな制度・サービス→既存の制度・サービスの臨界情況→……。本稿では、主としてスキャンダルと事件調査に焦点を当てつつ、英国児童ケアを素材としてこのプロセスを論じようと試みた。この一連のプロセスを全体としてもっと精緻化して論じ、より説得力ある議論に仕上げるのは、今後の課題である。

註

- 1) Home Office (1945) *The Report by Sir Walter Monckton on the circumstances which led to the boarding-out of Dennis and Terence O'Neill at Bank Farm, Minsterly, and the steps taken to supervise their welfare*, HMSO, Cmd. 6636
- 2) Dept. of Health and Social Security (1974) *Report of the Committee of Inquiry into the Care and Supervision Provided in Relation to Maria Colwell*, 津崎哲雄・田辺泰美訳『マリア・コルウェル』英国ソーシャルワーク研究会, 1991年
- 3) 1981年4月, 東京練馬の女子大生が殺されたが, 犯人の少年は, 乳児院・養護施設で育った少年で, 少年は施設で施設長代理や同室の少年たちから恒常的な暴力を加えられていた。横川和夫編著『荒廃のカルテ』新潮社, 1985年
- 4) 1986年4月18日, 大阪の施設において, 小学校1年の少女が同施設の中学3年生の男児等からリンチを受けて死亡したが, 同施設では施設長代理が恒常的に児童に体罰を加えていた。
- 5) 1987年12月2日, 鹿児島県の教護院で無断外出した中学男児が多くの職員から懲戒として殴られ死亡した事件, および奈良県の教護院でベテラン教護係長(職歴20年)と教護職員(職歴3年)が在院中の少女(16歳), 退院した少女(15歳)と性関係をもったことが判明し, 1991年7月18日までにこれら2名の職員が懲戒免職処分を受けた事件。
- 6) 『モンクトン報告』については, 拙稿「児童のケアに関する公式調査(カーティス)委員会の背景をめぐる若干の考察」『大阪市立大学社会福祉研究会紀要』1号, 1982年に詳しく紹介している。
- 7) Home Dept., Min. of Health and Min. of Education (1946) *Report of the Care of Children Committee*, HMSO, Cmd. 6922
- 8) DHSS, op. cit.,
- 9) Coventry Child Abuse Review Committee (1988) *Child Abuse Procedures and Initial Management*,
- 10) Elizabeth Butler-Sloss (1988) *Report of the Inquiry into Child Abuse in Cleveland 1987*, HMSO, Cm 412
- 11) Packman J. and Jordan W. (1991) *The Children Act: Looking forward, Looking back*, *British Journal of Social Work* 21, BASW, p. 322, cf. Butler-Sloss, op. cit., para. 4. 25
- 12) Butler-Sloss, op. cit., p. 245
- 13) White T. (1989) *After Cleveland, Concern No 21*, National Children's Bureau, p. 3

- 14) The Bridge Child Care Consultancy Service (1991) *Sukina-An evaluation report of the circumstances leading to her death*, para. 9
- 15) *ibid.*, para. 18
- 16) *ibid.*,
- 17) *ibid.*, paras. 24-27
- 18) *ibid.*, para. 30
- 19) *ibid.*, para. 36
- 20) Children's Legal Centre (1991) *Who listened to Sukina? Childright No. 77*, p. 4
- 21) *ibid.*,
- 22) 拙稿, 1982年参照
- 23) Newell P. (1991) *A New Age of Respect, Community Care* 25. July, p. 13
- 24) Levy A. and Kahan B. (1991) *The Pindown Experience and the Protection of Children-The Report of the Staffordshire Child Care Inquiry 1990*, Staffordshire County Council,
- 25) *ibid.*, para. 1. 4
- 26) Newell, *op. cit.*, p. 12
- 27) *ibid.*,
- 28) Levy and Kahan, *op. cit.*, para. 1. 8
- 29) *ibid.*, paras. 12. 36-40
- 30) Kahan B. (1991) *Shedding the Stigma, Social Work Today* 18 July, p. 12
- 31) *Community Care* 25. July, p. 2